

ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CIEN CASOS DE VULVOVAGINITIS INFANTILES

Dr. MIGUEL ARIÑO ESPADA (*)

Dr. FRANCISCO CUBILLO MARTINEZ (**)

Dr. OSCAR CUBILLO MARTINEZ (***)

RESUMEN

El presente trabajo corresponde a un estudio de 100 casos de vulvovaginitis infantiles, realizado en la Clínica San Rafael de Puntarenas.

Las edades de las niñas, están comprendidas entre 1 y 14 años, encontrándose, E. Coli en el 51 % de los casos; Estafilococos en un 45% y Estreptococos en un 30%.

La mayor frecuencia de vulvovaginitis se encontró a la edad de 10 años, con un 13%; siguiendo con un 12% para edades de 6, 8 y 12 años.

El 80% de las pacientes tuvieron curación clínica y bacteriológica (cultivos negativos) después de uno o más tratamientos vaginales o vaginal y oral o parenteral simultáneamente.

Este estudio está de acuerdo con otros autores en (11) (15) que las vulvovaginitis en niñas son infecciones bajas sin propagación a otros sistemas o aparatos en la mayoría de los casos.

SUMMARY

This study was designed to investigate 100 cases of vulvovaginitis in children at the San Rafael Clinic in Puntarenas.

The patients ages were from 1 to 14 years. We found E. Coli 51 %. S. Aureus 45 % and Epidermidis 30 %.

The highest frequency occurred in the ages 10 years: 13 % with a 12 % for ages 6, 8 and 12 years.

80 % had negative clinical and bacteriological picture after different types of treatment: by vaginal, mouth and intramuscular.

These interpretations suggest that we agree with other authors (2,11) that vulvovaginitis in children are lower infections that do not spread to other organs in the majority of cases.

INTRODUCCION

La ginecología pediátrica, aunque un campo joven de la medicina, constituye sin embargo una parte integrante de la Ginecología Moderna. Conciernen a las enfermedades de los órganos genitales desde el nacimiento hasta la maduración sexual de la adolescente. A menudo todavía descuidada por los pediatras y ginecólogos, estas enfermedades difieren al de las de la mujer adulta. Exigen un acercamiento médico particular, porque la enferma es una niña que tiene miedo, que considera el examen como una agresión y se defiende, y porque sus órganos genitales no solo son pequeños sino que

están sometidos a estimulaciones hormonales que los modifican según su edad. (15). (10). (8). (6). El primer libro de ginecología pediátrica, lo publicó en 1939 el Pediatra húngaro, L. Dobszoy.

En 1940, el ginecólogo R. Peter, fundó en Praga el primer Servicio Hospitalario de Ginecología para la Niña y la Adolescente. Posteriormente se abrieron hospitales de este tipo en Londres, París (1950), Estados Unidos (1953), Suiza (1969) y Alemania en 1972. (15)

El objeto de este trabajo es llamar la atención del ginecólogo y pediatra para que en Costa Rica se abran servicios hospitalarios para la niña y la adolescente, ya que actualmente se les da muy poca atención ginecológica entre las edades de 1 a 14 años.

* Asistente Especialista de Ginecología y Obstetricia. Clínica San Rafael y Hospital Monseñor Sanabria.
 ** Asistente Especialista en Pediatría. Clínica San Rafael y Hospital Monseñor Sanabria.
 *** Director Médico. Clínica San Rafael. Puntarenas.

MATERIAL Y METODOS

En la Clínica San Rafael de Puntarenas, durante los meses de enero a diciembre de 1981, se estableció una Consulta de Ginecología Infantil, con el objeto de llevar a cabo un estudio de las vulvovaginitis en niñas de 1 a 14 años.

A las 100 pacientes se les pidió los siguientes exámenes de laboratorio: Hemoglobina, Hematocrito, Grupo, Rh, Fórmula Blanca, Glicemia en ayunas, Orina, V.D.R.L. y heces (Nº 3).

Examen Ginecológico: En la niña, aun más que en la mujer adulta, requiere un ambiente benigno y una técnica simple, que no despierte inquietud. En la mayoría de los casos, ella permite un examen ginecológico completo sin que la niña resulte traumatizada o sin que haya necesidad de recurrir a la anestesia.

Desde la entrada a la sala de examen, tratamos de obtener la confianza de la paciente, hablándole afectuosamente. Hacemos la anamnesis conversando con la madre y la niña. Este diálogo reviste importancia; es durante este tiempo cuando la pequeña nos juzga, cuando despertamos su confianza o desconfianza. La técnica del examen se explica a la madre y a la niña, haciendo hincapié sobre la ausencia de dolor y de toda lesión del himen, gracias a los instrumentos particularmente finos. Procedemos de la manera siguiente:

1. Inspección de las regiones extragenitales: talla, peso, adiposidad o delgadez. Desarrollo mamario, presencia de pelo axilar o pubiano. Cuando se examinaron estas regiones pedimos a la niña que se vuelva a poner su vestido. Si se encuentra tranquila, la hacemos acostar en la camilla, palpamos suavemente la pared abdominal con las manos templadas, así como las regiones inguinales. Después le solicitamos que doble sus rodillas y las separe. La madre se coloca al lado de la niña, teniendo la cabeza en su brazo. Si la niña es pequeña, si se debate y rehusa el examen, requerimos a la madre que se siente al borde de la camilla, que tome a su hija sobre sus rodillas, que le pliegue las piernas y se las separe. El contacto físico con la madre permite apaciguar a la niña y facilita nuestro examen.
 2. Inspección y palpación de los órganos genitales: hiperemia, tumefacción de la vulva, lesión de raspadura, mancha de leucorrea. ¿Cómo está el perineo y la región anal? ¿Presentan signos inflamatorios o marcas de raspaduras? Toda leucorrea hasta el comienzo de la pubertad es patológica. ¿Cómo están los labios menores: muy grandes, prominentes en los labios mayores y molestando a la niña al caminar? ¿Es normal el clítoris? El clítoris cuyo largo pase de 1 cm. antes del comienzo de la pubertad se halla agrandado y requiere la investigación de un factor androgenizante. Inspeccionamos el orificio uretral. ¿La mucosa del vestíbulo aparece roja, conforme a la atrofia de la fase de reposo hormonal? ¿Se observa himen delgado, transparente, o está denso, carnoso, cubierto de mucosidad cervical que recuerda la presencia de estrógenos?
 3. Vaginoscopía: Utilizamos el vaginoscopio de Huffman, con la luz fría. Mostramos el instrumento a la niña, le explicamos que es frío, pero tan pequeño que no puede hacer daño. La invitamos a decirnos si siente dolor y prometemos detener el examen en ese momento. Introducido el instrumento, vemos el fondo de la vagina, el cuello uterino y las paredes vaginales. Procedemos entonces a un extendido vaginal para:
 - a) examen directo
 - b) cultivo y prueba de sensibilidad a antibióticos
 - c) examen citohormonal
 - d) pH vaginal

Al estar atrófica la vagina, no siempre contiene bastante material para el cultivo de gérmenes. Instilamos entonces 2 cm cúbicos de solución fisiológica, la aspiramos y la enviamos para el cultivo. Por debajo de los 7 años de edad, la estrogenización del extendido requiere la investigación de pubertad temprana. El extendido vaginal resulta similar a la menopausia. Contiene algunas células parabasales, la acidofilia y la cariopcnosis se encuentran cerca del 00/o. El medio vaginal es neutro, pH 7, o ligeramente alcalino. El epitelio vaginal adelgazado no comprende sino algunas capas celulares y es pobre en glucógeno, los lactobacilos desaparecieron siendo *reemplazados por floras como estreptococos, estafilococos, bacilos seudodiftéricos, etc.

El canal cervical se halla cerrado, con mucosa atrófica y ya no produce mucosidad cervical.

El útero neonatal experimenta una involución lenta. Sólo al comienzo de la pubertad alcanzará de nuevo el volumen que ha tenido al nacimiento. El cuello uterino continúa dominando con relación al cuerpo y persiste en su estructura más dura. El cuerpo uterino se torna tan delgado que su diámetro apenas pasa de 1/2 cm. y no puede reconocerse al tacto rectoabdominal. Con Laparatomía no aparece sino como un simple pliegue cutáneo en el que desembocan las dos trompas. Estas sufren un lento crecimiento. Los ovarios aumentan pausada y progresivamente su tamaño durante la infancia, sin embargo no pueden palparse al tacto rectal.
 4. Tacto recto—abdominal: Explicamos a la niña que no causa dolor y que se asemeja a ponerse el termómetro. Si ella se defiende y reacciona con tensión de las paredes abdominales, tomamos su mano en la nuestra y le pedimos que presione con nosotros sobre el abdomen para encontrar nuestro dedo en su recto. Esta colaboración activa provoca la distensión inmediata de las paredes abdominales.
- Terminado el examen, felicitamos a la niña por su eficaz ayuda y le ofrecemos una golosina, por lo general muy apreciada.
- Excepcionalmente, la niña, con pánico, se niega al examen. Cualquier tentativa de imponérselo se paga-

ría con un fracaso. Nunca debe apremiársela para un examen ginecológico. En tal caso, proponemos a la madre efectuar este control con anestesia general. (2) (7) (8) (15).

En nuestro estudio de 100 niñas aunque tuvimos casos muy difíciles de manejar no fue necesario llegar a la anestesia general.

RESULTADOS

En las tablas siguientes se encontrarán los resultados en este estudio.

**TABLA N° 1
FRECUENCIA DE LAS
VULVOVAGINITIS EN NIÑAS**

EDAD EN AÑOS	PORCENTAJE
1	0
2	4
3	8
4	8
5	8
6	12
7	4
8	12
9	4
10	13
11	10
12	12
13	4
14	1

1. La mayor frecuencia de vulvovaginitis, la encontramos en edades de 7 a 14 años en un 56 % de los casos, y en un 44 % para edades comprendidas de 1 a 7 años. (1) (11).

**TABLA N° 2
INICIO DE LA MENARCA**

EDAD EN AÑOS	PORCENTAJE
De 1 a 9 años	0
10	1
11	2
12	7
13	1

1. Hemos observado un aumento de las vulvovaginitis en niñas al iniciar su Menarca entre 10 y 13 años. (11) (15) (18).

**TABLA N° 3
COLOR DEL FLUJO VAGINAL**

COLOR	PORCENTAJE
Amarillo	78
Amarillo-verdoso	9
Blanco	8
Claro	4
Lechoso	1

1. La clasificación del flujo vaginal fue hecha de acuerdo al esquema Benson. (3).
2. El color Amarillo encontrado predomina en nuestro estudio y está de acuerdo con otros autores. (2) (11) (16).

**TABLA N° 4
OLOR DEL FLUJO VAGINAL**

TIPO DE OLOR	PORCENTAJE
Fétido	57
Ningún olor	43

1. Para la clasificación de los olores del flujo vaginal se siguió el esquema Benson. (3).
2. Nuestros resultados concuerdan con otros estudios internacionales. (2) (5) (15) (17).

**TABLA N° 5
CONSISTENCIA DEL FLUJO VAGINAL**

CONSISTENCIA	PORCENTAJE
Mucoide	44
No especificado	20
Acuoso	14
Viscoso	11
Seroso	11

1. Para la clasificación de la consistencia del flujo vaginal se siguió el esquema Benson. (3).

**TABLA N° 6
PRURITO GENITAL**

LOCALIZACION	PORCENTAJE
Vulvovaginal	51
Sin prurito	42
Vulvar	6
Vaginal	1
Perineal	1

1. La mayoría de las pacientes refirieron prurito vulvovaginal. (11) (16) (17).
2. Un caso de prurito perineal correspondió a micosis por *Cándida albicans*.

**TABLA N° 7
ANALISIS DE HECES**

RESULTADO	PORCENTAJE
Amebas	43
Tricocéfalos	33
Giardia lamblia	18
Ascaris lumbricoides	13
H. nana	1
Trichomonas	1

1. Muchos autores reportan vulvovaginitis por cualquiera de los parásitos anteriores (7) (11) (15) (17) (19); en nuestro estudio no pudimos aislar en las vulvovaginitis, ninguno de estos parásitos encontrados en las heces de las niñas, a pesar de que fácilmente pueden penetrar en la vagina; pero sí se les dio tratamiento oral antiparasitario.

**TABLA N°8
GRUPOS SANGUINEOS**

GRUPO Y RH	PORCENTAJE
O Rh positivo	48
A Rh positivo	22
B Rh positivo	4
AB Rh positivo	2
B Rh negativo	1
O Rh negativo	1
A RH negativo	0
AB RH negativo	0
No se hizo	22

**TABLA N° 9
ETIOLOGIA DE LAS
VULVOVAGINITIS EN NIÑAS**

MICROORGANISMO AISLADO	PORCENTAJE
Escherichia coli	51
Staphylococcus aureus	24
Staphylococcus epidermidis	21
Cándida albicans	15
Klebsiella	15
Streptococcus no hemolíticos	14
Streptococcus gama-hemolíticos	9
Streptococcus alfa-hemolíticos	7
Pseudomonas aeruginosa	5
Proteus sp.	3
Neisseria no gonorreae	3
Neisseria gonorreae	1
Enterobacter sp.	1

1. Los porcentajes de esta tabla se han calculado teniendo en cuenta que muchos de los cultivos vaginales mostraron más de un germen.
2. El 8 0/0 de los cultivos vaginales fueron negativos.
3. El germen más frecuente aislado en las vulvovaginitis de niñas, fue el E. Coli; lo cual está de acuerdo con otros autores (2) (7) (15) (18) (19); y corresponde a contaminación fecal de la vagina de la niña debido a la mala higiene perineal. (12) (15).
4. La neisseria no gonorreae, se considera generalmente no patógena. No obstante la neisseria sicca, causa inflamación vaginal similar a la neisseria gonorreae. (11) (21).
5. En este estudio se encontró un caso de neisseria gonorreae que evolucionó bien a curación con tratamiento específico, (15) de clorhidrato de espectinomina.

**TABLA N° 10
DURACION DEL
TRATAMIENTO VULVOVAGINAL**

NUMERO DE TRATAMIENTOS	PORCENTAJE
Un tratamiento	51
Dos tratamientos	13
Tres tratamientos	12
Cuatro tratamientos	4
Tratamiento incompleto	12
No iniciaron tratamiento	8

1. Todos los tratamientos se iniciaron una vez obtenida la correspondiente prueba de cultivo y sensibilidad a antibióticos y esta prueba se repite cada tratamiento que se va a iniciar. Se suspende el tratamiento una vez que se han obtenido cultivos negativos.
2. En cada caso una vez obtenidos los frotis y cultivos con PSA correspondientes se estudia lo adecuado que puede ser el tratamiento local o tratamiento combinados local (vaginal) y a la vez oral o parenteral.
3. En esos casos de vulvovaginitis abacterianas se recomienda simplemente una mejor higiene perineal y vulvar y la aplicación de crema de estrógenos conjugados localmente durante dos semanas, sin necesidad de tratamiento oral.
4. En casos de vulvovaginitis por *Cándida albicans* sin historia de diabetes mellitus el tratamiento fue local solamente con ungüentos de nistatina de 100.000 UI x gr. durante dos o cuatro semanas de aplicación diaria.
5. Las vulvitis alérgicas pueden producirse por alérgenos como, jabones, talcos, nylon, rayon, papel de baño, etc. El tratamiento consiste en eliminar el alérgeno y aplicar una crema de hidrocortisona al 1% tid hasta desaparición del eritema vulvar.
6. La mayor parte de las vulvovaginitis encontradas en este estudio fueron mixtas por flora bacteriana diferente o asociada con hongos. En estos casos, los tratamientos recomendados por varios autores internacionales (2) (9) (11) (15) (16) es dar tratamiento local y simultáneamente por vía oral o parenteral con lo cual se consiguen curaciones más rápidas y permanentes que utilizando como antiguamente sólo la vía local. En este trabajo tuvimos la experiencia de una leucorrea por *E. coli*, rebelde a tratamiento local a pesar del antibiograma y prueba de sensibilidad. Este caso curó espectacularmente en 14 días con el mismo tratamiento local, pero a la vez la niña de 10 años tomó durante 10 días nitrofurantoina tabletas de 100 mgs. cada 8 horas.
Nuestro esquema de tratamiento combinado que se utilizó en este trabajo consiste en la aplicación vaginal diaria durante 14 días (excepto domingos) y simultáneamente el tratamiento oral o parenteral correspondiente de acuerdo a los antibiogramas y pruebas de sensibilidad hechas en cada caso estudiado.

7. Después de un tratamiento combinado dejamos descansar a la niña de 15 días a un mes, para volver nuevamente a repetir todos los controles hasta su curación clínica y bacteriológica.
8. Con los esquemas de tratamiento indicados se obtuvieron un 80% de curaciones completas clínicas y bacteriológicas (cultivos negativos). Este porcentaje es similar a lo reportado en otros trabajos internacionales. (1) (2) (4) (7) (11) (13) (15) (16).

**TABLA No. 11
TRATAMIENTOS VAGINALES UTILIZADOS**

PRODUCTO	PORCENTAJE
Natamicina crema	66
Clotrimazol crema	28
Nistatina ungüento 100.000 UI x gr.	7
Sulfatiazol-sulfacetamida-sulfanilamida crema	6
Sulfanilamida y aminocridina crema	6
Dexametasona-neomicina gotas óticas	4
Violeta de genciana al 1%	4
Hidrocortisona-neomicina crema	3
Estrógenos conjugados crema	2
Cloranfenicol gotas óticas	2
Acido metacresolsulfónico-formaldehido gel	1

1. Para las aplicaciones vaginales se emplearon jeringas plásticas estériles de 5 ml. que se llenan con la crema vaginal, se coloca nuevamente el émbolo, se quita la aguja y se coloca en el introito vaginal dejando penetrar de 3 a 5 ml. de crema por curación de acuerdo a la edad de la paciente. Antes de una nueva aplicación puede hacerse un lavado vaginal con suero fisiológico o agua estéril.
2. Las gotas óticas se instilarán con el mismo gotero en el introito vaginal en cantidad de 1 a 2 ml. por aplicación.
3. La violeta de genciana puede utilizarse en pincelaciones vulvo-perineales o vaginales.

TABLA N° 12
TRATAMIENTOS ORALES
O PARENTERALES UTILIZADOS EN LAS
VULVOVAGINITIS DE NIÑAS

PRODUCTO	PORCENTAJE
Trimetoprim-Sulfametoxazol	57
Tinidazol susp. o tabletas	48
Mebendazol tb.	29
Penicilina G. benzatinica 1,2 millones	16
Pamoato de pirantel tb.	12
Ampicilina susp. o cápsulas	10
Eritromicina suspensión	2
Kanamicina	2
Gentamicina	2
Lincomicina susp.	1
Espectinomocina HCl	1
Cefalexina jarabe	1
Nitrofurantoina tb.	1

1. Los porcentajes de esta tabla se calcularon teniendo en cuenta tratamientos repetidos o combinados.

CONCLUSIONES

De un estudio de 100 casos de vulvovaginitis en niñas se obtuvieron los siguientes resultados:

1. La mayor frecuencia de vulvovaginitis al iniciar este estudio fueron en edades de 7 a 14 años, con un 56 0/o.
2. Se observó un aumento de vulvovaginitis al iniciar la menarca en edades de 10 a 13 años.
3. El 78 0/o de los flujos vaginales fueron de color amarillo.
4. El 57 0/o de los flujos vaginales fueron fétidos.
5. En el 44 0/o de los casos el flujo fué mucoide por probable ovulación normal, estimulación estrogénica excesiva o por tensión sexual o emocional.
6. El prurito se encontró en un 51 0/o de los casos en la localización vulvovaginal.
7. En los análisis de heces se encontró un 43 0/o de amebas, las cuales pueden ser huésped vaginal produciendo vulvovaginitis.
8. El grupo y Rh predominante fue el Grupo "O" Rh positivo en un 48 0/o de los casos.
9. De los 100 casos de niñas tratadas, prácticamente todas fueron de raza blanca. No llegaron a consultar niñas de raza negra ni amarilla.

10. En los cultivos vaginales, el germen más frecuente fue el E. coli en un 51 0/o de los casos.
11. En este estudio no se encontraron parásitos visibles ni cuerpos extraños en vagina.
12. Con un sólo tratamiento, se obtuvieron 51 0/o de curaciones, llegando a un total del 80 0/o con varios tratamientos.
13. La crema vaginal más utilizada fue natamicina seguida del clotrimazol.
14. Se encontró el 1 0/o de Neisseria gonorrhoeae.
15. No se encontró ningún caso de lues.
16. Todas las vulvovaginitis halladas fueron infecciones bajas sin propagación a otros sistemas o aparatos.
17. El tratamiento más utilizado por vía oral fué Trimetoprim-Sulfametoxazol.

BIBLIOGRAFIA

1. Alm. J. Lauret G.: Streptococcic vaginitis hos learn. Sven Lakartianin, 1951, 48, : 2283.
2. Altchek, A. Pediatric vulvovaginitis. Symposium of Pediatric and adolescent Gynecology. Pediatric Clinics of North América. 1972, 19, No. 3,: 559-580.
3. Benson R. C. Gynecology & Obstetrics, en "Current Medical Diagnosis & Treatment". M. A. Krupp, M. J. Chaton y autores asociados. Lange Medical Publications. Los Altos, Calif. 1975, pp. 417.
4. Boisvert P. Walcher D; Hemolytic streptococcal vaginitis in children. Pediatric 1948, 2, : 24.
5. Burry VF: Gonococcal vulvovaginitis and possible peritonitis in prepuberal girls. Am J. Dis Child, 1971, 121,: 436.
6. Caprano VJ: Gynecologic examination in children and adolescents. Gyneco. Prat. 1971, 22,(3),: 179.
7. Cooke Cynthia W. Handbook of Gynecologic Emergencies. Editorial El manual Moderno, S. A. Mexico. D. F. p. 96.
8. Dickstein, A. Obstáculos a explorasao da vagina infantil. Ars. Curandi, 1974, 2, No. 2,: 88.
9. Hendund P; Acute vulvovaginitis in streptococcal infections. Acta Paediatr. 1953, 42,: 338.
10. Huffman, J. W. Gynükologie des Kindes. Ed. Urban & Schwarzenberg. München, 1975.
11. Huffman J. W. Vulvovaginitis premenárquica. Clínicas Obstétricas. Septiembre. 1977, 589.
12. Kotcher et al: A micro-biological study of pediatric vaginitis. J. Pediatr. 1958, 53,: 210.
13. Lijt, J. F. Edbérg S. C. y Finberg. L. Gonorrhoea in children and adolescents: A current review. Journal of pediatrics. 1974 85,: 595.

-
14. Orley J. Kalley F. vaginoskop für souglinge una kinder. Zentralblatt für Gynakologie, 1973, 95,: 411.
 15. Rey–Stocker J. Anales Nestlé. Fascículo 126. La Ginecología en la niña. Comité de Redacción Anales Nestlé. México D.F. p. 3.
 16. Rey–Stocker J. La vulvovaginitis chez l'enfant, Revue Médicale de la Suisse Romande. 1972, No. 10,: 92.
 17. Ris. H. W. Dodge R. W. Trichomonas and yeast vaginitis in institutionalized adolescent girls. American Journal of Diseases of children. 1973, 125,: 206.
 18. Rougeuble, J. Gynecologie Prepubertaire. Arch Méd. de Norm. 1972, No. 2,: 89.
 19. Sesiron D. : Les vulvo-vaginitis des petites filles. Revue du Oraticien, 1974, 24,: 4787.
 20. Uribe Ramirez LC: vulvovaginitis in childhood, Ginecol Obstet. Mex. 1971, 30,: 301.
 21. Wax L.: Identity of Nisseria other than gonococcus; isolation from genitourinary tract. Ver Dis Inform. 1950, 31,: 208.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Doña Elba Matarrita, Directora de Enfermería de la Clínica San Rafael, la importante colaboración personal en las curaciones vaginales de las niñas.

También nuestro agradecimiento a todo el personal del Laboratorio Clínico que hizo posible con su colaboración este estudio.